

Hypocondrie et urgences

G. BROUSSE, J. DURAND ROGER, J. GENESTE

*« Il marche, dort, mange et boit comme les autres,
mais cela n'empêche pas qu'il soit fort malade »*

Molière, *Le malade imaginaire*.

1. Introduction

La crainte d'être malade nous renvoie tous à un éprouvé singulier : de l'inquiétude du jeune étudiant en médecine qui, à travers la détection de symptômes imprécis donne à ses angoisses la forme d'une maladie rare, à la découverte fortuite d'un mal qui condamne, la peur de la maladie et de la mort jalonne notre existence. Parfois cette crainte peut devenir pathologique, jusqu'à la certitude d'être atteint d'un mal incurable. Certes, le ressenti quotidien de son propre état physique et l'angoisse et les soucis suscités par l'apparition d'un trouble n'ont rien à voir avec une préoccupation permanente, obsédante et parfois délirante sur sa propre santé. Pourtant, c'est bien souvent cette crainte qui, de façon souvent légitime, pousse les patients vers les cabinets médicaux et les services d'urgences. C'est bien souvent cette crainte qui nous amène à réitérer et étendre l'exploration paraclinique face à des troubles incertains et complexes. La frontière entre le normal et le pathologique ne sera pas facile à dresser. Entre la crainte justifiée, légitimant l'intervention médicale et la préoccupation pathologique, comment éviter la surenchère de l'excès de moyens à défaut de résultats ? Comment éviter, également, la surenchère de l'immédiat, c'est-à-dire

Correspondance : Service Accueil urgences, Urgences Psychiatriques et Psychotrauma, CHU Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex. Tél. : 04 73 75 47 80. Fax : 04 73 75 47 81. E-mail : gbrousse@chu-clermontferrand.fr

du recours systématique à « l'urgence », qui gagne notre pratique et les habitudes sociales. À travers l'exploration clinique épidémiologique et psychopathologique de l'hypocondrie, nous proposons de revenir de façon singulière sur ces questions qui se posent au quotidien dans la médecine d'urgence.

2. Définitions

Le terme *hypocondrie*, formé du préfixe grec *hypo* (au-dessous) et de *chondros* (le cartilage), désignait chez les premiers anatomistes, les parties latérales de l'abdomen situées sous les fausses côtes (1). C'était en cet endroit que, croyait-on, se logeait la cause de la tristesse et des préoccupations morbides. L'hypocondrie déjà reconnue comme « le mal des hypocondres » selon Hippocrate et « la maladie hypocondriaque » selon Galien, est aujourd'hui définie par **la crainte ou la conviction persistante d'être atteint d'une maladie grave, crainte persistant malgré la négativité des examens et les propos rassurants des médecins** (2).

Dans la forme clinique typique (*hypochondria minor*), qualifiée de névrotique dans la psychiatrie classique, cette conviction n'atteint pas le niveau d'un délire. Toutefois, il existe des formes d'hypocondrie psychotiques (*hypochondria major*) c'est-à-dire, pour faire simple, délirante (par exemple sensation d'être pourri à l'intérieur), où cette conviction délirante est l'élément d'un trouble psychiatrique global (schizophrénie, mélancolie). La classification des troubles mentaux de l'Association des psychiatres américains n'a retenu dans son approche diagnostique que la forme clinique typique (ou névrotique) (3).

L'hypocondriaque par excellence, c'est Argan, Malade imaginaire de Molière, se croyant malade et se vivant comme tel. Mais attention ! Si Molière nous met en garde contre les faux médecins ou les faux dévots, nous aurions tort de penser que ces malades sont de faux malades. Leur maladie, authentiquement, c'est de souffrir de croire qu'ils sont malades.

3. Aspects cliniques

3.1. La forme clinique typique (annexe)

La caractéristique essentielle de l'hypocondrie est une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée d'un ou plusieurs signes ou symptômes physiques. L'examen médical approfondi n'identifie aucune affection médicale générale qui puisse expliquer complètement soit l'inquiétude du sujet soit les signes ou symptômes physiques. Cependant, une affection médicale autre peut tout à fait exister, sans lien avec la plainte, mais rend encore plus difficile l'accès du patient au discours rassurant du médecin. Ainsi, malgré les propos du, puis des médecins, la peur ou l'idée injustifiée persiste. Le patient multiplie les consultations médicales, la demande d'exa-

mens complémentaires, où il cherche moins une solution qu'une confirmation de sa maladie. Dans cette surenchère où il se pense atteint d'une défaillance d'un organe (maladie hépatique, cardiaque ou respiratoire) ou d'un cancer, il met en avant un ensemble de symptômes non spécifiques (douleurs abdominales, ballonnements, vertiges) et de perturbations de fonctions. Il passe son temps à explorer son corps et à analyser les variations quotidiennes de sa physiologie (pouls, transit) qui nourrissent ses angoisses et qu'il relie aux signes atypiques de sa maladie. La douleur et la gêne intéressent en général une région profonde de l'organisme. La topologie hypocondriaque est une topologie imaginaire, avec une prédilection pour la fonction digestive. Il utilise parfois un vocabulaire richement expressif pour caractériser son mal. Il se renseigne exagérément sur les sites internet et les dictionnaires médicaux où il puise des arguments pour caractériser son mal et trouver enfin ce dont il souffre. Il sait ce qui se passe dans son corps et il sait aussi sa maladie et semble plus enclin à donner des leçons à ce sujet que d'en recevoir.

L'évolution de l'hypocondrie est le plus souvent chronique où la maladie devient le cœur des préoccupations, l'unique sujet de conversation, conduisant à des perturbations de la vie familiale et de la vie professionnelle amenant souvent à des absentéismes voire des mises en invalidité. Dans cette élaboration de la théorie de son mal, l'hypocondriaque s'isole et entre en conflit avec ceux qui l'entourent s'ils n'adhèrent pas à son discours. Au-delà des conflits familiaux suscités, le patient court de médecins en médecins à la recherche de celui qui « inventerait » sa maladie. Quand il a fini avec l'un, qui pour lui a sous-estimé sa maladie, il va vers l'autre, et la succession des examens cliniques et complémentaires reprend à la grande joie du patient. En un mot, le médecin n'est là que pour confirmer ses craintes et si possible en rajouter. Le parcours fini inexorablement dans les services d'urgence soit lorsque le patient se présente spontanément parce qu'il ne peut plus tolérer l'attente du diagnostic soit parce qu'un nouveau symptôme apparaît et fait craindre le pire au patient ou bien au médecin de garde emporté par l'argumentation inquiétante de la plainte qui n'autorise pas de prendre de risques. Dans cette relation patient-médecin, l'admiration du patient cède vite le pas à une attitude défiante. De son côté, le médecin ressent rapidement une agressivité contre-transférentielle. Les sujets hypocondriaques se sentent ainsi souvent mal compris de leur médecin et il devient alors d'autant plus difficile de leur proposer une prise en charge psychiatrique qui sonne souvent pour eux comme un déni de leur souffrance et de leur mal.

Du fait de sa chronicité, certains auteurs suggèrent que ce trouble présente des caractéristiques à type de « trait » c'est-à-dire la permanence, au cours de la vie, d'une préoccupation centrée sur des plaintes somatiques et une focalisation sur des symptômes somatiques. La plainte constitue pour lui une manière d'être. On ne l'imagine pas guéri (1).

3.2. Les hypocondries délirantes

La thématique hypocondriaque, c'est-à-dire un investissement particulier et délirant du corps, est présente dans de nombreuses formes de délires. Nous

citerons en particulier les délires schizophréniques et les délires des états mélancoliques. **L'hypocondrie délirante implique une adhésion totale à la conviction souvent hallucinatoire d'être malade.**

Le vécu corporel délirant est souvent présent dans les états délirants aigus (ou bien dans les phases de rechutes) selon des thèmes de possession, de putréfaction, d'action sur le corps ou bien de morcellements. Dans la phase de début des syndromes schizophréniques, le malade exprime des inquiétudes par rapport à son corps. Ici, les impressions, les sensations et le vécu corporel sont teintés de dimensions d'étrangeté de bizarrerie et de manque de cohérence. La dysmorphophobie (préoccupation anormale sur le corps) associée à une perplexité anxieuse, de sentiment de transformation corporelle, de dévitalisation ne sont pas rares et sont des signes préoccupants. L'ensemble de ces thématiques délirantes centrées sur le corps est souvent accompagné par des hallucinations cénesthésiques ou bien visuelles et olfactives. On peut également associer à ces états hypocondriaques délirants schizophréniques les délires transsexuels (1).

Les hypocondries des états délirants mélancoliques sont souvent spectaculaires car excessives à outrance. Le patient se sent pourri, contagieux, pestiféré et ne cesse de l'affirmer. Mais l'élément-clé est l'altération de l'humeur qui s'exprime le plus souvent sur le ton et le thème d'une culpabilité marqué. Plutôt que de se sentir malade, le patient se sent fautif (4). L'adhésion au délire est totale. Le syndrome de Cotard en est la forme extrême : ce délire (encore appelé délire de négation) consiste en une négation de la personne physique et morale (le sujet pense qu'il n'a plus de tête, plus de sang, plus d'intestin, il n'a plus de pensée plus de sentiment et pense qu'il n'existe plus) et parfois une négation du monde extérieur. Sont associées parfois des idées d'immortalité (« comme un mort vivant »), des idées de toute puissance mortifère (2). Assez fréquemment, ces idées concernent la sphère digestive : intestin bouché, pourrissement des intestins. Si cet état délirant suit généralement l'évolution des états mélancoliques, c'est-à-dire de franches altérations de l'humeur, on sera parfois surpris par des attitudes de détachement, ou d'étonnement ludique.

D'autres formes d'hypocondrie délirante ont pu être décrites dans d'autres psychoses (2). On citera pour mémoire les psychoses d'origine cérébrale organique ou bien les psychoses hypocondriaques monosymptomatiques telles :

- le délire de préjudice corporel où le patient rend, dans un mécanisme paranoïaque, un tiers responsable d'un préjudice corporel,
- le délire de revendication postopératoire concernant en particulier le domaine de la chirurgie esthétique,
- la parasitose délirante d'Ekbom affectant surtout des femmes âgées qui se plaignent de cénesthopathies hallucinatoires à forme de démangeaisons, de brûlures, de picotements. Ces sensations pénibles sont attribuées à des parasites (vers, insectes) grouillant sous la peau.

3.3. Les hypocondries du sujet âgé

La multiplication des plaintes somatiques croît souvent avec l'âge. Et dans cette population fréquemment adressée vers les services d'urgences, on retrouve un certain nombre de pathologies hypocondriaques, en particulier des états délirants. Toutefois, il faudra rester prudent et un diagnostic d'hypocondrie est un diagnostic d'élimination qui ne pourra être posé qu'après avoir écarté toutes les étiologies possibles en évitant la surenchère des examens complémentaires et dans un délai nécessairement bref.

Mêlée à la dépression, la plainte hypocondriaque serait un des symptômes les plus fréquemment retrouvés chez le sujet âgé. Elle concerne le plus souvent la sphère digestive. La plainte est pour les personnes âgées la façon la plus courante de communiquer avec leur entourage, dont le médecin est un des acteurs principaux (5). La crainte de la mort vient ici étayer l'accroissement de ces plaintes.

Dans la démence du sujet âgé, la plainte hypocondriaque est fréquente. La phase initiale des démences est souvent annoncée par une anxiété à thème hypocondriaque de style cénesthopathique ou pseudonévrotique (6). Plus tard, on trouvera souvent une hypocondrie délirante. Il faut reconnaître l'extrême difficulté de recueillir chez ces sujets des éléments d'orientation diagnostique fiables tant l'interrogatoire est délicat et que la plainte ne vient que rarement refléter une défaillance, pas plus d'ailleurs que l'absence de plainte...

4. Caractéristiques du trouble

4.1. Approche épidémiologique

Dans sa forme clinique classique, l'hypocondrie concernerait 4 à 5 % des patients en médecine générale. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données épidémiologiques concernant l'ensemble des formes cliniques. Dans les services d'urgences, sa prévalence n'est pas connue mais il semble qu'elle soit relativement importante.

4.2. Mode de début et évolution

L'hypocondrie peut commencer à tout âge. Dans sa forme clinique typique, elle débute chez l'adulte jeune. On retrouve parfois des antécédents personnels ou familiaux de maladies graves. Des facteurs de stress psychosociaux ont pu être retrouvés (mort d'un proche). Les troubles dépressifs et anxieux sont souvent associés (3).

Dans la forme délirante, on la retrouve chez des sujets jeunes si elle accompagne une évolution schizophrénique, plutôt chez des sujets âgés pour les formes délirantes mélancoliques et monosymptomatiques ou les formes accompagnant des démences.

L'évolution est habituellement chronique avec des périodes de fluctuations, accompagnant par exemple les épisodes de rechutes délirantes. Parfois une guérison complète peut survenir. Un mode de début aigu, une co-morbidité médicale générale, une absence de trouble psychotique chronique et une absence de troubles de la personnalité associés sont des facteurs de bon pronostic (3).

5. Aspects psychopathologiques

L'éthiopathogénie de cette pathologie est mal connue. Au départ, dans la pensée freudienne, elle appartient à la catégorie des névroses actuelles, comprenant le groupe neurasthénie, psychasthénie, la névrose d'angoisse et l'hypocondrie. L'origine de ces névroses ne serait pas à rechercher dans un conflit infantile (comme dans les psychonévroses), ou dans un traumatisme psychique, mais dans une situation présente (7, 8). Cette approche « temporelle » de la causalité sera progressivement estompée par Freud lui-même puis par d'autres auteurs (8). La conception classiquement adoptée est celle d'un repli narcissique de l'individu sur lui-même avec retrait libidinal et investissement de la libido sur un organe (choisi ?), érogénéisé (7). Cette régression narcissique est particulièrement palpable dans la rencontre avec le malade et dans l'exploration de son histoire. La mise en acte de l'organe hypocondriaque est attestée par son omniprésence, au détriment du corps objectif. Le désinvestissement du moi au profit d'un organe, qui devient la modalité d'être du sujet, rendrait compte d'une tentative de lutte contre un effondrement dépressif ou psychotique

On admet aujourd'hui une approche plus large de l'hypocondrie qui serait définie comme un mode de relation pathologique au corps, retrouvée dans tout le champ de la psychiatrie et voire même dans des conditions non pathologiques (étudiant en médecine). Elle serait plus favorablement associée à un type de personnalité narcissique ou à des traits de personnalité anxieux. Les cognitivistes considèrent l'hypocondrie comme très proche des troubles anxieux.

6. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel le plus important est la possibilité d'une affection médicale générale sous-jacente, comme une affection neurologique débutante, une affection endocrinienne, une maladie polysystémique ou bien une tumeur maligne non détectée. On rappellera qu'au XIX^e siècle de nombreux patients souffrant de sclérose en plaques furent diagnostiqués hypocondriaques (9). Par ailleurs, les pathologies psychiatriques associées à la plainte (dépression, trouble obsessionnel compulsif) ou sous-jacentes (mélancolie, schizophrénie) seront recherchées. En bref, il faudra, de façon avisée, éliminer ces différentes hypothèses. Ceci sera d'autant plus compliqué que les plaintes seront récurrentes.

7. Attitudes du soignant

7.1. Évoquer une plainte hypochondriaque

Avant toute chose, il faudra s'assurer que l'on a bien écarté un diagnostic différentiel pouvant expliquer la plainte.

7.2. Le parcours du patient : avant et après les urgences

Il est indispensable d'avoir une idée claire sur les modalités et motifs d'arrivée du patient : par qui a-t-il été conduit ? Qui l'a adressé ? De toute évidence, la décision du médecin traitant qui connaît son patient doit être respectée. Même s'il a pu céder à une énième pression, il ne l'a pas fait sans raison et la « saturation » de la plainte est un motif qu'il faudra évoquer en dernier lieu. L'idéal est de pouvoir contacter ce médecin. Parfois le patient est adressé par un service de garde qui ne le connaît pas. Dans ces cas, les arguments du motif d'admission pour un trouble somatique sous-jacent nécessiteront d'être infirmés ou affirmés. Parfois, le patient vient de lui-même... Dans tous les cas, il est essentiel de s'appuyer sur le réseau de soin dans lequel il peut être inclus. Il est également essentiel de s'enquérir des notions de nomadisme médical, de surconsommation d'examens complémentaires et de surconsommation de traitements. De toute évidence, l'épaisseur du dossier médical que le patient transporte avec lui, la multiplication des intervenants généralistes et spécialistes et la gestion très personnelle des traitements seront des arguments pour évoquer une plainte hypochondriaque.

7.3. L'écoute attentive de la plainte

L'écoute attentive de la plainte du patient est l'un des piliers de l'art médical. Les renseignements apportés orientent l'examen clinique et paraclinique et le diagnostic. Même si la façon dont la plainte est exprimée devrait être mise, dans un premier temps, entre parenthèses, il est toujours délicat de totalement s'en dégager.

7.4. Éviter le rejet face à une plainte trop théâtrale

En fait, une typologie de la plainte (théâtrale, imagée, riche en vocabulaire, égocentrée) peut renseigner sur la personnalité du patient. Et devant l'absence d'arguments pour une pathologie somatique, les traits de personnalité narcissique sont un argument pour évoquer une plainte hypochondriaque. Mais ceci requiert une extrême prudence. En effet, c'est avec une expression plaintive similaire que le même patient pourra présenter un trouble somatique sous-jacent. Ainsi, si elle conduit souvent à une attitude contre-transférentielle, la plainte théâtrale et narcissique, est une forme de présentation de la plainte qui correspond à la personnalité de certains sujets. Cette forme de plainte ne doit pas conduire à un rejet. On sait que chacun de nous exprime de façon différente

le ressenti douloureux. Pour autant, rien ne préjuge à l'avance, ni dans un sens ni dans l'autre, de la gravité du mal à l'origine de l'expression douloureuse.

7.5. La réalité de la plainte

« À force de crier au loup... ». Toujours garder à l'esprit la morale du vieux conte. Lorsque la plainte est réitérée des centaines de fois, elle peut signaler une fois, un vrai trouble somatique sous-jacent, traduisant parfois la iatrogénie des multiples examens paracliniques ou des surenchères thérapeutiques. Une fois, qui peut être chaque fois, et qui impose de ne jamais négliger la plainte.

7.6. La famille

Elle accompagne le patient, et souvent dans les cas d'hypocondrie névrotique, adhère à sa plainte. Elle peut surtout renseigner de façon plus « neutre » sur le parcours de soin du patient. Dans le cas des hypocondries délirantes, l'adhésion est très rare, et les informations recueillies auprès des familles sont très précieuses : inquiétude sur la nature de la plainte, plus que sur son objet, précision sur le mode de début de la maladie (effondrement dépressif orientant vers une mélancolie, troubles du comportement et conduites addictives orientant vers une effraction psychotique), précision sur les antécédents notamment psychiatriques (antécédents d'épisodes mélancoliques identiques, délire chronique antérieurement stabilisé). Ce recueil auprès des familles est d'autant plus essentiel que, la plupart du temps, les thématiques délirantes, c'est-à-dire le siège supposé de la maladie, sont constantes d'une rechute à l'autre, même des années plus tard.

7.7. La triangulation patient-somaticien-psychiatre

Comme nous l'avons vu, la plupart du temps ces patients seront très réticents à la rencontre avec un psychiatre. Ainsi, il est essentiel dans un premier temps de toujours prendre en compte la plainte somatique. Lorsque les hypothèses somatiques sont écartées par le médecin somaticien, il faudra évoquer la consultation psychiatrique.

Dans le cas des hypocondries délirantes, l'intervention psychiatrique s'impose comme une urgence. L'objet de cet entretien est de pouvoir proposer le plus rapidement possible un traitement du trouble psychiatrique sous-tendant le délire. Le traitement étiologique (antidépresseur, antipsychotique) ne devra pas tarder et être mis en place dans une unité de soin spécialisée en psychiatrie.

Dans le cas des hypocondries névrotiques, l'entretien psychiatrique n'est pas de fait une urgence. Toutefois, la pluridisciplinarité somatique et psychiatrique est un atout majeur qu'il faut savoir utiliser dans ces cas.

Il est essentiel de respecter certaines règles de base, sinon l'intervention psychiatrique serait désastreuse :

- Le patient se sent abandonné par le somaticien qui le délaisse aux mains du psychiatre.
- Le patient ne comprend pas le changement de discours qui de médical devient psychologique.
- Le psychiatre devient l’otage d’une demande qui n’a pas été demandée par le patient mais par son collègue urgentiste.
- Le psychiatre devient demandeur d’une prise en charge, que le patient n’accepte pas, et qui n’est pas une urgence psychiatrique.

...et conduirait au renforcement du rejet du patient à l’égard de la psychiatrie et conduirait à la poursuite du nomadisme médical.

La règle de base conduisant à l’entretien psychiatrique est la TRIANGULATION thérapeutique (10) :

- Après avoir éliminé toute cause organique, l’urgentiste annonce au patient qu’il va solliciter un avis complémentaire du psychiatre, en insistant par exemple sur la souffrance psychologique ressentie par le patient, sans remettre en question la réalité de la plainte mais en insistant sur la possibilité **d’une part** psychique dans son origine.
- L’urgentiste fait appel au psychiatre et un entretien est réalisé avec le patient.
- Dans un premier temps, l’urgentiste expose les raisons qui ont amené le patient aux urgences, les examens réalisés, les résultats et les raisons de l’absence de nécessité d’hospitalisation ou de traitement somatique. La portée et le déroulement de cet entretien sont capitaux. La présence de la famille est possible voire recommandée.
- Dans un deuxième temps, le médecin urgentiste insiste sur la part psychologique du problème et de la nécessité de faire le point avec le patient sur ce sujet, parce qu’on ne veut pas renvoyer le patient chez lui en lui disant « qu’il n’a rien ». On évite les formules du type : « vous n’avez rien », « c’est dans la tête », et on présente l’affection sous un angle somatopsychique, en introduisant l’aspect partie psychique à l’origine de cette souffrance.
- Ainsi amenée, la présence du psychiatre sera mieux acceptée, et le patient n’aura pas l’impression d’être rejeté. Il pourra commencer à élaborer une participation psychique de sa plainte, amorce d’un travail psychiatrique ultérieur.
- Le psychiatre peut demander au patient son avis sur les recommandations du somaticien.
- Le somaticien et les tiers quittent la chambre.
- Par la suite l’entretien psychiatrique peut alors se mettre en place.

La mise en place de l’entretien psychiatrique constitue un temps essentiel qui posera les bases d’une première rencontre avec la psychiatrie. Cette rencontre doit être réussie. Elle permettra d’envisager plus sereinement avec le patient une prise en charge au long court. Durant cette prise en charge s’élaborera un tissage relationnel patient psychothérapeute prenant appui sur les rapports du

patient avec son médecin traitant (11). C'est un travail de longue haleine, qui porte ses fruits. Il est donc nécessaire de travailler le temps singulier de sa mise en place.

8. Conclusion

L'hypocondrie est une pathologie fréquemment rencontrée dans les services d'urgences. Il faut distinguer en définitive trois grandes catégories : la plainte hypocondriaque anxieuse qui ne sera pas forcément pathologique même si son caractère théâtral peut déranger, la plainte hypocondriaque névrotique pour laquelle on tentera d'instaurer prudemment une rencontre psychothérapique et l'hypocondrie délirante qui nécessite sans délai une intervention psychiatrique avec traitement spécialisé. Dans tous les cas, la plainte doit être prise en compte et le bilan somatique ne doit pas être négligé.

Références bibliographiques

1. Patris M. Hypochondrie. In : Pélicier Y, Eds. Les objets de la psychiatrie. Paris, L'esprit du temps 1997 : 262-4.
2. Lempérière T, Feline, Ades J, Hardy P, Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. Paris, Masson 2006 : 555 p.
3. American Psychiatric Association – DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson. 1996. 1 056 p.
4. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie 6^e édition. Paris : Masson 1960, 1989. 1 166 p.
5. Barre C, Lasserre H. Les troubles psychiques des personnes âgées. Encycl Méd Chi (Elsevier Paris). Psychiatrie 1980 ; 37 540 A 10 : 8 p.
6. Maurel H. Hypochondrie. In Porot A, Manuel alphabétique de psychiatrie. Paris, Presses universitaires de France 1984 : 323-4.
7. Crocq L, Sailhan M. Névroses actuelles. Encycl Méd Chi (Elsevier Paris). Psychiatrie 1980 ; 37 330 A 10 : 12 p.
8. Chemouni J. De l'hypocondrie aux pathonévroses. L'apport de Ferenczi. Évolution Psychiatrique 2001 ; 66 : 25-42.
9. Bound Fay. Historical keyword hypochondria. Lancet 2006 ; 367 : 105.
10. De Clercq M, Dubois V, Gillain B. Un dispositif de crise pour prendre en charge les urgences psychiatriques. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 1996 ; 3 : 9-14.
11. Lassagne M, Magnin J, Clervoy P, Moraud C. La souffrance de l'hypocondriaque. Médecine et armées 1994 ; 22(6) : 431-4.

ANNEXE

Critères diagnostiques de l'hypocondrie

DSM-IV

A. Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.

B. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.

C. La croyance exposée dans le critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans un trouble délirant, type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble : peur d'une dysmorphie corporelle).

D. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La durée de la perturbation est d'au moins 6 mois.

F. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme.

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps au cours de l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que sa préoccupation concernant le fait d'avoir une maladie grave est excessive ou déraisonnable.

